

Penulis :

1. Nelly AlAudhah¹
2. Sitti Rahmah Umniyati²
3. Agnes Sri Siswati²

Korespondensi:

1. Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung
Mangkurat. Email:
audhah_fkunlam@yahoo.co.id
2. Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada

Kata Kunci :

Kepadatan hunian
Perilaku
Kontak dengan penderita
Pengobatan
Case control
Skabies

Diterima :

29 Maret 2012

Disetujui :

13 April 2012

Scabies risk factor on students of Islamic boarding school (Study at Darul Hijrah Islamic Boarding School, Cindai Alus village, Martapura Subdistrict, Banjar District, South Kalimantan)

Abstract

Scabies caused by the mite *Sarcoptes scabiei*. It is on the third of twelve the most common skin infection in Indonesia, the sixth in South Borneo, the thirteenth in Banjar regency but it not included in ten primary disease in the Puskesmas Martapura. Many patients of scabies are found in Darul Hijrah Islamic boarding school, Cindai Alus Martapura. In experiment about scabies in this Islamic boarding school hasn't ever been done yet so it is needed a statement whether risk factors of scabies. Method uses analytic observational case control. The variabel measured are density of people every room, personal cleaning behavior, environment sanitation and used therapy. Result indicated from four examined variabels, density of every room (OR = 3,6, CI 95 % = 1,7<OR<7,7) and contact with patient (OR = 48,7, CI 95 % = 11,5<OR<207,3) has relation statistically and there are no relation shif among personal cleaning behavior, environment sanitation and used. Primary risk factor scabies caused by contact with patient. Density of every room and contact with patient has relation statistically and there are no relation among personal cleaning behavior, and used therapy with occurance of scabies

Faktor resiko skabies pada siswa pondok pesantren (Kajian di Pondok Pesantren Darul Hijrah, Kelurahan Cindai Alus, Kecamatan Martapura, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan)

Abstrak

Skabies disebabkan infestasi *Sarcoptes scabiei*. Skabies menduduki peringkat ke-3 dari 12 penyakit kulit tersering di Indonesia, ke-6 di Provinsi Kalimantan Selatan, ke-13 di Kabupaten Banjar tetapi tidak termasuk sepuluh penyakit utama di Puskesmas Martapura. Penderita skabies banyak ditemukan di Pondok Pesantren Darul Hijrah, Cindai Alus, Martapura. Penelitian skabies di pesantren ini belum pernah dilakukan sehingga dirumuskan apakah faktor resiko terjadinya skabies. Metode yang digunakan observasional analitik, menggunakan rancangan kasus pembandingan. Variabel yang diukur adalah kepadatan hunian, perilaku kebersihan diri, ada kontak dengan penderita dan cara pengobatan. Hasil penelitian menunjukkan, dari 4 variabel yang diteliti yang mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik adalah kepadatan hunian (OR = 3,6, CI 95 % = 1,7<OR<7,7) dan ada kontak dengan penderita (OR = 48,7, CI 95 % = 11,5<OR<207,3), sedangkan perilaku kebersihan diri dan cara pengobatan tidak bermakna. Faktor risiko skabies utama adalah ada kontak dengan penderita. Kepadatan hunian dan ada kontak dengan penderita berhubungan dengan kejadian skabies dan tidak ada hubungan antara perilaku kebersihan diri, dan cara pengobatan terhadap kejadian skabies.

Pendahuluan

Penyakit skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi *Sarcoptes scabiei varietas hominis*. Siklus hidup dari telur sampai menjadi dewasa berlangsung satu bulan.¹ Masa inkubasi berlangsung dua minggu sampai enam minggu pada orang yang sebelumnya belum pernah terpajan.² Gejala klinis yang ditimbulkan adalah gatal-gatal terutama malam hari (*pruritus nokturnal*).¹ Tanda klinis yang muncul berupa papula atau vesikel yang puncaknya terdapat gambaran yang sebenarnya merupakan terowongan.³ Diagnosis skabies ditegakkan berdasarkan gejala klinik. Diagnosis pasti dengan menemukan tungau.⁴

Terapi penyakit skabies kadang-kadang mengalami kegagalan atau pengobatan tidak bisa mencapai optimal sehingga kasus skabies masih ada.⁵ Penularan skabies yang utama adalah kontak langsung dan tidak langsung.⁶

Beberapa faktor yang dapat membantu penularan penyakit skabies adalah faktor sosial ekonomi, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan yang buruk, seksual promiskuitas, demografi, diagnosa yang salah serta perilaku individu.^{7,8}

Prevalensi skabies di puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 1986 adalah 4,6 % - 12,95 % dan menduduki urutan ketiga dari dua belas penyakit kulit tersering.⁹ Di provinsi Kalimantan Selatan, setiap tahun kasus skabies selalu ada meskipun berdasarkan Laporan Tahunan Puskesmas Martapura, tahun 2008, skabies bukan termasuk sepuluh penyakit terbanyak. Penyakit skabies menempati urutan ketigabelas di Kabupaten Banjar,¹⁰ dan skabies menempati urutan keenam dari sepuluh penyakit terbanyak di Propinsi Kalimantan Selatan.¹¹

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan, kasus skabies banyak terjadi di Pondok Pesantren Darul Hijrah yang terletak di Kelurahan Cindai Alus, Kecamatan Martapura, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan, terutama pesantren putera, dalam satu kamar asrama dihuni oleh 20-30 siswa. Begitu pula mengenai perilaku siswa dimana persyaratan mandi yang bersih masih belum bisa dilakukan.

Di lingkungan pesantren disediakan klinik kesehatan dengan kunjungan dokter tiga kali seminggu selama satu jam, hanya saja pada klinik kesehatan putera tidak ada rekam medik mengenai penyakit siswa yang berobat di klinik kesehatan tersebut.

Selama pengamatan di bulan April sampai Mei 2009 didapatkan siswa yang berobat ke klinik kesehatan dan menderita skabies sebanyak 13 orang.

Belum adanya penelitian mengenai skabies di pesantren ini, maka penelitian ini dibuat dengan tujuan mengetahui faktor resiko skabies di lingkungan pondok. Berdasarkan latar belakang dan didukung landasan teori maka dirumuskan hipotesis penelitian yaitu kepadatan hunian, perilaku kebersihan diri, ada kontak dengan penderita, dan cara pengobatan merupakan faktor resiko terjadinya skabies dan faktor resiko utama skabies adalah ada kontak dengan penderita.

Metode

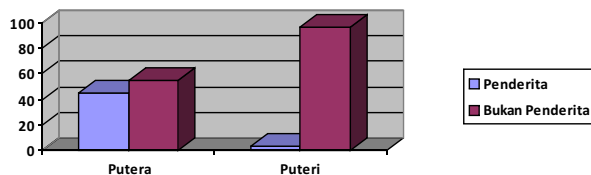
Penelitian ini menggunakan metode survei observasional analitik dengan pendekatan yang bersifat *case control study*. Subyek penelitian ini adalah siswa yang secara klinis menderita skabies sebagai kasus dan yang secara klinis tidak menderita skabies sebagai kontrol, siswa tingkat 1 pesantren Darul Hijrah, tahun ajaran 2008-2009, lama belajar dan tinggal di pesantren lebih dari satu bulan.

Setelah diberi penjelasan secara umum tentang maksud dan tujuan penelitian pada pihak terkait yang menjadi sasaran penelitian dilakukan wawancara terpimpin yang diikuti oleh semua siswa tingkat I pesantren putera dan puteri, kemudian diperiksa klinisnya, terutama di daerah predileksi untuk menentukan apakah siswa tersebut termasuk kasus ataukah sebagai kontrol. Apabila siswa secara klinis menderita skabies maka dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan cara *swab* kulit sebagai pemeriksaan penunjang skabies. Hasil penelitian kemudian dianalisis univariat, bivariat dan multivariat.

Hasil

Hasil penelitian mendapatkan frekuensi skabies

adalah 23,01% (52 orang dari 226 orang yang bersedia sebagai subyek penelitian) dan 48 orang diantaranya adalah siswa putera dan hanya 4 orang siswa puteri yang secara klinis didiagnosis menderita skabies (Gambar 1).



Gambar 1. Frekuensi skabies di Pondok Pesantren Darul Hijrah

Tabel 1. Distribusi frekuensi subyek penelitian yang pernah menderita skabies

Riwayat skabies	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95%
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
Pernah	42	80.8	26	14.9	68	30.1	23.9	0.01	10.7<OR<53.3
Tidak pernah	10	19.2	148	85.1	158	69.9			
Jumlah	52	100	174	100	226	100			

Keterangan : n₁ = jumlah kasus, n₂ = jumlah kontrol, n₃ = jumlah total

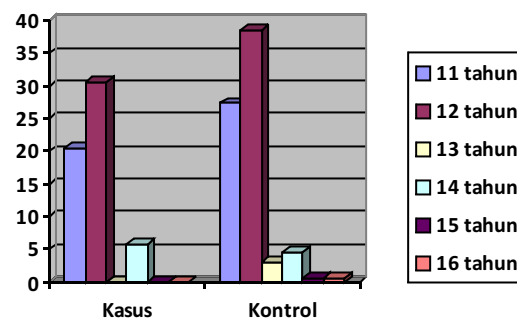
Chin mengatakan bahwa masa inkubasi orang yang sebelumnya pernah menderita skabies, gejala klinis muncul satu sampai empat hari setelah infeksi dibandingkan mereka yang sebelumnya belum pernah menderita skabies yaitu dua minggu sampai enam minggu.² Menurut Hartadi dan Aisah bahwa rasa gatal yang muncul akibat sensitisasi penderita terhadap tungau lebih cepat menyebabkan penderita menggaruk sehingga tungau akan lepas dari tempat lesi.⁶ Tungau yang lepas bisa berpindah ke daerah kulit yang baru atau jatuh di pakaian, selimut atau seprei dan menurut Soedarto, tungau bertahan hidup selama tiga hari pada suhu 25°C dengan kelembaban 90%. Periode paling lama untuk tungau bertahan di luar kulit manusia adalah 14 hari pada udara lembab dengan suhu 12°C.¹²

Melanby melaporkan bahwa reinfeksi skabies terjadi pada 40% penderita, berarti terdapat imunitas pada orang yang telah terinfeksi skabies. Berbagai macam reaksi imunologik terhadap skabies, antara lain didapatkannya kadar IgA serum yang rendah, tes kulit intradermal dengan ekstrak tungau yang positif, deposit IgE di sekitar pembuluh darah, kompleks imun dalam sirkulasi

Berdasarkan Tabel 1 diketahui siswa yang pernah menderita skabies sebanyak 68 orang (30,1%) dan 158 orang (69,9%) tidak pernah menderita skabies. Hasil penelitian ini tidak bisa memberikan gambaran yang memuaskan karena tidak diketahui dengan jelas yang dimaksud siswa pernah menderita skabies tersebut adalah benar-benar menderita skabies atau ada penyakit kulit lainnya yang mirip skabies, ditambah lagi tidak ada pencatatan (rekam medik). Namun demikian, siswa yang pernah menderita skabies mempunyai resiko terkena skabies 24 kali lebih besar daripada mereka yang tidak pernah menderita skabies.

serta reaksi hipersensitivitas tipe cepat dan tipe lambat.¹³

Berdasarkan Gambar 2 diketahui bahwa golongan umur sebagian besar subyek penelitian adalah 13 tahun 131 orang (58,0%) terdiri dari yang menderita skabies 31 orang (59,6%) dan yang tidak menderita skabies 100 orang (57,5 %).



Gambar 2. Distribusi frekuensi golongan umur subyek penelitian

Distribusi frekuensi skabies berdasarkan golongan umur ini tidak bisa menggambarkan secara keseluruhan frekuensi skabies karena hanya siswa tingkat I yang menjadi populasinya. Menurut Sungkar, di negara maju, prevalensi skabies sama pada semua golongan umur.¹⁴ Berdasarkan Tabel 2

Diketahui bahwa jenis kelamin sebagian besar subyek penelitian adalah perempuan sebanyak 120 orang (53,1%) dimana 4 orang (7,7% dari jumlah kasus) sebagai kasus dan 116 orang

(66,7% dari jumlah kontrol) sebagai kontrol dan laki-laki sebanyak 106 orang (46,9%) baik sebagai kasus 48 orang (92,3% dari jumlah kasus) maupun sebagai kontrol 58 orang (33,3% dari jumlah kontrol).

Tabel 2. Distribusi frekuensi jenis kelamin subyek penelitian

No	Jenis kelamin	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95 %
		n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
1	Laki-laki	48	92.3	58	33.3	106	46.9	24.0	0.001	8.3<OR<69.8
2	Perempuan	4	7.7	116	66.7	120	53.1			
Jumlah		52	100	174	100	226	100			

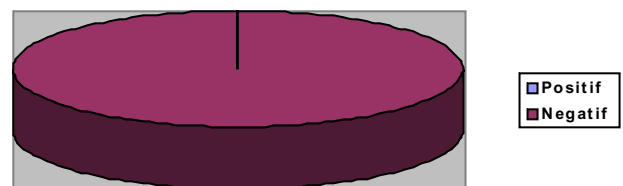
Keterangan : n₁ = jumlah kasus, n₂ = jumlah kontrol, n₃ = jumlah total

Secara statistik, laki-laki lebih beresiko terkena skabies sebanyak 24 kali dibandingkan perempuan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Setyowati cit Sahelangi yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan infestasi skabies. Begitu pula dengan hasil penelitian Sahelangi sendiri juga tidak menemukan perbedaan yang bermakna antara distribusi menurut jenis kelamin.¹⁵

Perbedaan ini dipengaruhi banyak hal, diantaranya karena sumber air karena skabies merupakan penyakit yang berbasis pada persyaratan air bersih. Pondok putera memenuhi kebutuhan air untuk MCK berasal dari air irigasi yang tidak diolah dengan baik, sedangkan pondok puteri menggunakan air sumur. Air irigasi banyak digunakan oleh penduduk mulai dari hulu aliran hingga hilir sehingga persyaratan air bersih lebih rendah dibandingkan air sumur yang tidak mengalir. Disamping itu, di pondok putera biasanya kegiatan mandi dan mencuci langsung berada di pinggiran aliran air irigasi sedangkan di pondok puteri air sumur yang digunakan dialirkan melalui kran-kran sehingga tidak dalam satu tempat yang besar untuk digunakan bersama-sama.

Menurut Kikau, skabies disebabkan karena kurangnya penyediaan air bersih yang memenuhi persyaratan,¹⁶ dan menurut Azwar, penyakit skabies dapat dikurangi dengan ketersediaan air bersih yang cukup.¹⁷ Air yang kurang memenuhi persyaratan kesehatan apabila digunakan oleh penderita skabies kemungkinan bisa terjadi infeksi sekunder akibat bakteri yang ada di air tersebut. Infeksi sekunder menyebabkan skabies tidak bisa sembuh cepat.

Penyebab lainnya adalah keadaan asrama. Asrama Al Ghozali dan asrama Ar Risalah lebih banyak digunakan untuk hunian siswa tingkat I putera tanpa ada sekat-sekat kamar sehingga penularan skabies lebih mudah terjadi sehingga kasus skabies pun banyak ditemukan di kedua asrama tersebut sedangkan siswa puteri meskipun dalam satu rangkaian bangunan asrama yaitu Maimunah tetapi terbagi dalam beberapa kamar dan dalam satu kamar bisa dihuni oleh siswa dari berbagai tingkat.



Gambar 3. Hasil pemeriksaan swab kulit subyek penelitian yang menderita skabies

Gambar 3 menunjukkan hasil pemeriksaan swab kulit yang dilakukan mulai dari perbesaran 40X, 100X, dan 400X tidak menemukan *Sarcoptes scabiei* pada 52 orang (100%) yang secara klinis menderita skabies dan dijadikan kasus dalam penelitian, padahal metode ini pernah dilakukan oleh Sahelangi dimana dalam penelitiannya berhasil menemukan tungau.¹⁵ Alasan penggunaan metode ini adalah karena mudah dan tidak membuat takut sampel penelitian. Metode swab ini menggunakan selotip yang menempel di atas lesi dengan harapan tungau menempel pada selotip. Lesi yang terjadi bisa tertutup oleh krusta sehingga selotip tidak menjangkau tungau yang berada dibawahnya dibandingkan dengan metode kerokan kulit yaitu mengenai bagian bawah terowongan sehingga tungau banyak ditemukan.

Sungkar mengatakan bahwa dari berbagai cara pemeriksaan skabies, kerokan kulit merupakan cara yang paling mudah dilakukan dan memberikan hasil yang paling memuaskan tetapi tidak disebutkan sensitivitas dan spesifitasnya.¹⁴ Mengambil tungau dengan jarum memerlukan keterampilan khusus dan jarang berhasil karena biasanya terowongan sulit diidentifikasi dan letak tungau sulit diketahui. *Burrow ink test* dan uji tetrasiklin jarang memberikan hasil positif karena biasanya penderita datang pada keadaan lanjut dan sudah terjadi infeksi sekunder sehingga terowongan tertutup oleh krusta dan tidak dapat dimasuki tinta atau salep.

Uji diagnostik skabies lainnya yang dilakukan oleh Naynaber dan Wolf menggunakan dermoscopy menunjukkan sensitivitas 95% dan spesifitas 86%. Dermoscopy ini merupakan tehnik alternatif untuk mendiagnosis skabies dan cocok digunakan di klinik yang banyak kasus skabiesnya.¹⁸

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa hunian menunjukkan kepadatan pada 35 orang (15,5%) sedangkan 191 orang (84,5%) hunian tidak padat. Kasus menunjukkan 16 orang (30,8%) hunian padat dan 36 orang (69,2%) hunian tidak padat sedangkan kontrol menunjukkan 19 orang (10,9 %) hunian padat dan 155 orang (89,1%) hunian tidak padat.

Tabel 3. Distribusi frekuensi kepadatan hunian terhadap kejadian skabies

Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95 %
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
Padat	16	30.8	19	10.9	35	15.5	3.6	0.01	1.7<OR<7.7
Tidak padat	36	69.2	155	89.1	191	84.5			
Jumlah	52	100	174	100	226	100			

Keterangan : n₁ = jumlah kasus, n₂ = jumlah kontrol, n₃ = jumlah total

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna ($p=0,01$) antara kepadatan hunian dengan terjadinya skabies, dengan OR = 3,6. Hal ini berarti kepadatan hunian merupakan faktor resiko terjadinya skabies. Siswa di lingkungan asrama yang padat (>20 orang/kamar), luas ruangan kurang dari 2 m², lokasi tempat tidur tanpa jarak, jumlah siswa kelas lebih dari 20 orang / kelas, luas tempat duduk kurang dari 2 m² diisi 2 orang atau lebih per meja mempunyai resiko untuk tertular skabies 4 kali lebih besar dari siswa yang berada dalam kondisi hunian tidak padat.

Menurut Harahap, faktor-faktor yang berhubungan dengan penularan skabies diantaranya adalah kepadatan hunian, seperti juga yang diungkapkan oleh Handoko dan Aisah bahwa penyakit skabies banyak terjadi di lingkungan yang padat penghuninya.^{8,19} Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Ma'rufi, dkk. dimana tingkat hunian yang padat menyebabkan banyaknya kasus skabies.²⁰

Kepadatan hunian sekolah lebih memberikan resiko terjadinya skabies dalam penelitian ini ditinjau dari

jumlah dan luas ruangan. Hal ini disebabkan karena aktivitas di sekolah lebih banyak menyebabkan siswa berinteraksi antara yang satu dengan yang lainnya sehingga hasil interaksi ini bisa saja menjadi media penularan penyakit skabies, misalnya pinjam meminjam buku pelajaran, penghapus, pulpen dan lain-lain atau bermain di saat waktu istirahat (waktu luang) sedangkan di asrama, aktivitas siswa tidak banyak misalnya langsung istirahat (tidur) atau belajar mandiri tanpa ada waktu bermain di lingkungan dalam asrama. Meskipun demikian, kontak langsung dengan penderita skabies bisa terjadi karena di pondok putera tidak ada jarak kasur siswa yang satu dengan siswa lainnya, dibandingkan di pondok puteri yang mempunyai jarak antara siswa yang satu dengan siswa lainnya meskipun sebatas tempat tidur. Perilaku kebersihan diri berdasarkan Tabel 4 semua kasus dan kontrol, 52 orang kasus (100%) dan 174 orang kontrol (100%) menunjukkan perilaku yang baik, diartikan dari kebiasaan mandi yang dilakukan 2 kali sehari, mandi dengan menggunakan sabun, kebiasaan wudhu, kebiasaan mencuci baju yang dilakukan 1-2 kali sehari, mencuci baju dengan sabun cuci, kebiasaan penggunaan handuk masing-masing,

Tabel 4. Distribusi frekuensi perilaku kebersihan diri terhadap kejadian skabies

Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95 %
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
Tidak baik	0	0	0	0	0	0	3.3	0.59*	0.83<OR<13.25
Baik	52	100	174	100	226	100			
Jumlah	52	100	174	100	226	100			

Keterangan : n₁ = jumlah kasus, n₂ = jumlah kontrol, n₃ = jumlah total

* perhitungan dengan Fisher Exact Probability Test

Kebiasaan meletakkan handuk tidak menumpuk, kebiasaan penggunaan selimut masing-masing, kebiasaan penggantian seprei sekali seminggu, kebiasaan tidak saling pinjam meminjam pakaian, kebiasaan meletakkan pakaian yang habis dipakai, kebiasaan mengganti pakaian dua kali atau lebih dalam satu hari, kebiasaan menyetrika pakaian dan jenis pakaian yang disetrika dan kebiasaan berjabat tangan.

Perilaku kebersihan diri tidak bermakna secara statistik menyebabkan skabies. Hal ini menjadi menarik karena berbeda dengan penelitian sebelumnya dimana higiene perorangan sangat mempengaruhi terjadinya skabies seperti penelitian Sahelangi dan Ma'rufi, dkk.^{15,20} Bisa saja air yang digunakan untuk mandi, wudhu dan mencuci bukan merupakan air yang diolah menjadi air bersih sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hal ini karena dari hasil penelitian mereka menjaga kebersihan diri, hanya saja semua siswa di pondok pesantren putera menggunakan air irigasi Riam Kanan sebagai sumber air mereka tanpa terlebih dahulu diolah dengan baik. Faktor lainnya adalah tingkat sosial ekonomi orangtua siswa seperti penelitian Sahelangi menyatakan ada hubungan antara sosial ekonomi dengan kejadian skabies yaitu pesangon yang diberikan kepada anaknya yang sedang mondok untuk keperluan

kebersihan diri seperti sabun mandi, sabun cuci, shampo dan lain-lain.¹⁵

Hasil penelitian Ma'rufi, dkk menunjukkan bahwa perilaku kebersihan perorangan yang buruk sangat mempengaruhi seseorang menderita skabies, sebaliknya, pada orang yang perilaku kebersihan dirinya baik maka tungau lebih sulit menginfeksi individu karena tungau dapat dihilangkan dengan mandi dan menggunakan sabun, pakaian dicuci dengan sabun cuci dan kebersihan alas tidur.²⁰

Pernah kontak dengan siswa yang menderita skabies sebanyak 109 orang (48,2 %) dan 117 orang (51,8 %) yang tidak pernah kontak dengan penderita skabies. Pada kelompok kasus, 50 orang (96,2 %) diantaranya pernah kontak dengan penderita skabies dan 2 orang (3,8 %) meskipun tidak pernah kontak dengan penderita skabies tetapi menderita skabies. Sejumlah kontrol, 115 orang (66,1 %) diantaranya tidak pernah kontak dengan penderita sehingga tidak menderita skabies tetapi ada 59 orang (33,9 %) meskipun pernah kontak dengan penderita skabies tetapi tidak menderita skabies. Analisis bivariat menunjukkan ada kontak dengan penderita skabies berisiko terkena skabies 48 kali dibandingkan mereka yang tidak ada kontak dengan penderita. Menurut Hartadi dan Aisah

Tabel 5. Distribusi frekuensi ada kontak dengan penderita terhadap kejadian skabies

Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95 %
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
Ada	50	96.2	59	33.9	109	48.3	48.7	0.01*	11.5<OR<207.3
Tidak ada	2	3.8	115	66.1	117	51.8			
Jumlah	52	100	174	100	226	100			

Keterangan : n₁=jumlah kasus, n₂=jumlah kontrol, n₃=jumlah total

*Perhitungan dengan Fisher Exact Probability Test

,Penularan melalui kontak langsung merupakan cara penularan utama skabies disamping penularan secara tidak langsung misalnya pemakaian handuk bersama⁶. Hal ini pernah diteliti oleh Sahelangi bahwa kebiasaan mandi bersama,

bermain bersama, dan tidur bersama secara statistik bermakna terhadap penularan skabies sedangkan penularan tidak langsung tidak bermakna.¹⁵

Tabel 6. Distribusi frekuensi cara pengobatan terhadap kejadian skabies

Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	P	CI 95 %
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%			
Salah	11	26.2	8	30.8	19	27.9	0.78	0.68	0.27<OR<2.35
Baik	31	73.8	18	69.2	49	72.1			
Jumlah	42	100	26	100	68	100			

Keterangan : n₁ = jumlah kasus, n₂ = jumlah kontrol, n₃ = jumlah total

Cara pengobatan yang diberikan selama ini terhadap mereka yang mengaku pernah menderita skabies menunjukkan 19 orang (27,9 %) salah dan 49 orang (72,1%) benar. Sebagian besar kasus, 31 orang (73,8%) cara pengobatan yang dilakukan sudah benar tetapi masih menderita skabies dan 11 orang (26,2%) cara pengobatannya salah sehingga masih menderita skabies sedangkan 10 orang penderita skabies tidak melakukan pengobatan sehingga masih menderita skabies. Mereka yang mengaku pernah menderita skabies dan mengaku sudah melakukan pengobatan, cara pengobatan yang benar oleh 18 orang (69,2%) dan cara pengobatan yang salah oleh 8 orang (30,8%).

Cara pengobatan yang selama ini diberikan pada penderita skabies dalam penelitian ini tidak bermakna. Hasil dari pengamatan dan wawancara singkat dengan beberapa siswa ternyata ada diantara mereka yang secara klinis menderita skabies tetapi tidak melakukan pengobatan ke balai pengobatan/klinik kesehatan atau mereka melakukan pengobatan tetapi cara penggunaan obat (salep) tidak sesuai, misalnya hanya di tempat lesi saja tidak diseluruh tubuh.

Menurut Sahelangi bahwa dalam pengobatan penyakit skabies perlu memperhatikan beberapa ketentuan antara lain obat harus efektif terhadap semua stadium tungau, diberikan senyawa yang tidak menimbulkan reaksi iritasi dan toksik, obat yang diberikan tidak berbau atau kotor serta tidak merusak atau mewarnai pakaian dan obat yang dianjurkan mudah diperoleh dan harganya murah.¹⁵

Terapi kadang mengalami kegagalan atau pengobatan tidak optimal seperti yang diungkapkan oleh Buchart, disebabkan oleh cara aplikasi yang salah, tidak semua orang yang kontak dengan penderita dapat pengobatan, penggunaan obat yang tidak sesuai anjuran disamping penderita sendiri kurang memperhatikan kebersihan diri.⁵

Pada analisis bivariat, variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$ adalah kepadatan hunian dan ada kontak dengan penderita sehingga kedua variabel inilah yang akan dianalisis multivariat.

Setelah dilakukan analisis multivariat, variabel yang berpengaruh terhadap terjadinya skabies adalah ada kontak dengan penderita, menggunakan metode *backward*, terdapat dua langkah untuk sampai pada hasil akhir. Langkah pertama, variabel kepadatan hunian mempunyai nilai p paling besar sehingga variabel kepadatan hunian tidak lagi tercantum pada langkah kedua.

Kekuatan hubungan dapat dilihat dari nilai OR. Kekuatan hubungan ada kontak dengan penderita adalah 48,7. Untuk memprediksi probabilitas siswa yang mengalami skabies dengan menggunakan rumus : $p = 1/(1+e^y)$ maka seorang penderita skabies apabila ada kontak dengan penderita, probabilitasnya adalah 45,9% dan apabila tidak ada kontak dengan penderita, probabilitasnya adalah 1,8%. Menilai kualitas persamaan yang diperoleh berdasarkan parameter kalibrasi yang dapat dilihat dari Hosmer and Lameshow Test yaitu 0,934. Artinya persamaan yang diperoleh mempunyai kalibrasi yang baik.

Kesimpulan

Kepadatan hunian dan ada kontak dengan penderita merupakan faktor resiko terjadinya skabies dan ada kontak dengan penderita merupakan faktor resiko utama sedangkan perilaku kebersihan diri dan cara pengobatan bukan merupakan faktor resiko.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa sehingga penelitian ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang berkontribusi aktif maupun pasif dalam penelitian ini, terutama kepada para siswa Pondok Pesantren darul Hijarah Putera beserta staf pengelola pondok, Dekan Fakultas Kedokteran UNLAM dan Dekan Fakultas Kedokteran UGM dan Lembaga Perijinan Terpadu Kabupaten Banjar dan Provinsi Kalimantan Selatan.

Daftar Pustaka

- Gandahusada S, Ilahude H, dan Pribadi W. Parasitologi Kedokteran. Edisi 3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2004;264-266.
- Chin J. Control of Communicable Diseases Manual. 17th Edition. Washington DC: American Public Health Association. 2000; 445-447.
- Kenneth AMD. Pedoman Terapi Dermatologis. Edisi 2. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica : 1984;105.
- Brown HW. Dasar-dasar Parasitologi Klinis. Edisi 3. Jakarta: PT. Gramedia. 1983;470-473.
- Buchart CG. Scabies: An Epidemiologic Reassessment. Ann. Int. Med. 98: 1983;498-503.
- Hartadi RP dan Aisah S. Scabies pada Manusia. Edisi 3. Semarang : Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro: 1994;138-147.
- Kramer WL. Scabies: The Life Cycle, Symptoms, Diagnosis, and Treatment of Scabies Infestations in Human is Addressed;1996. Available from: <http://ianpubs.unl.edu/insecta/1295.htm> (diakses 1 Mei 2009).
- Harahap. Ilmu Penyakit Kulit. Jakarta: Hipokrates:2000; 109-115.
- Departemen Kesehatan RI. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan RI. Jakarta;1987.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar Tahun 2007. Kabupaten Banjar;2007.
- Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan Tahun 2007. Kalimantan Selatan;2007.
- Soedarto M. Scabies. In : Daili SF, Makes WIB, Zubier F, Judanarso J (Editors). Penyakit Menular Seksual. Edisi 3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: 2005;179-183.
- Mellanby K. Immunology of scabies. In : Orkin M, Maibach, Parish, Schwartzman (Editors). Scabies and Pediculosis. Philadelphia: JB Lippincott Co: 1977;84-87.
- Sungkar S. Scabies. Jakarta: Laboratorium Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia:1995;1-25.
- Sahelangi AC. Peranan Lingkungan sebagai Sumber Penularan Skabies pada Anak-anak di SD Cindisari Wukirharjo Prambanan Sleman DIY. Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada;1993.
- Kikhau AMO. Tinjauan Kepustakaan Peran Air dalam Terjadinya Penyakit Menular. Buletin Epidemiologi Propinsi Nusa Tenggara Timur, Edisi Januari-Mei 2006: 25-27.
- Azwar A. Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan. Jakarta: PT. Mutiara Sumber Widya: 1995;21-27.
- Neynaber S and Wolff Hans. Canadian Medical Association. Journal. Ottawa: Jun 3, 2008. Vol. 178, Edisi 12; pg. 1540, 2 pg. Available from <http://www.proquest.com> (Accessed March, 17, 2009).

19. Handoko RP dan Aisah S. Scabies. In : Djuanda A, Djuanda S, Hamzah M, Aisah S (Editors). Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 4. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia:2001; 119-122.
20. Ma'rufi I, Keman S, dan Notobroto HB. Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies Studi pada Santri di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. Jurnal Kesehatan Lingkungan, Volume 2, No. 1, Juli 2005: 11-18.